

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1970

THESE
pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

Par
Jean-Bernard TRUC
Interne des Hôpitaux de Paris
né le 7 août 1942 à Grenoble (Isère)

Présentée et soutenue publiquement le :

DES SUPPURATIONS PERINEALES CHRONIQUES CHEZ LA FEMME,
FISTULES RECTO-VAGINALES DES DEUX-TIERS INFERIEURS DU
VAGIN Y COMPRIS.

Président : Monsieur J. VARANGOT
Professeur de Clinique obstétricale et gynécologique

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1970

T H E S E
pour le
D O C T O R A T E N M E D E C I N E
(Diplôme d'Etat)

Par
Jean-Bernard TRUC
Interne des Hôpitaux de Paris
né le 7 août 1942 à Grenoble (Isère)

Présentée et soutenue publiquement le :

DES SUPPURATIONS PERINEALES CHRONIQUES CHEZ LA FEMME,
FISTULES RECTO-VAGINALES DES DEUX-TIERS INFERIEURS DU
VAGIN Y COMPRIS.

Président : Monsieur J. VARANGOT
Professeur de Clinique obstétricale et gynécologique



PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Cahilley-Bert (L.), Cheymol (J.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy (Mlle J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

I - PROFESSEURS

1. Chaires de Sciences Fondamentales.

a) Professeurs titulaires :

MM.

Anatomie.....	DELMAS (A.)
-	HUARD (P.)
Anatomie et cytologie pathologiques....	DELARUE (J.)
Anesthésiologie.....	VOURC'H (G.)
Bactériologie et virologie.....	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale.....	JAYLE (M.F.)
-	POLONOVSKI (J.)
-	DESGREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education et aux sports.....	MAIMEJAC (J.)
Biologie médicale.....	FAUVERT (R.)
Biophysique Médicale.....	BUGNARD (L.)
-	DOGNON (A.)
-	DJOURNO (A.).
Cancérologie expérimentale.....	MATHE (G.)
Chimie pathologique.....	SCHAPIRA (G.)
Génétique fondamentale.....	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	COURY (Ch.)
Histologie et Embryologie.....	TUCHMANN-DUPLESSIS(H.)
-	COUJARD (R.)
Hygiène et médecine préventive.....	BOYER (J.)
Médecine du travail.....	DESOILLE (H.)
Médecine légale, Droit médical et déontologie.....	DEROBERT (L.)

Microbiologie (Bactériologie et virologie).....	FASQUELLE (R.)
Parasitologie.....	N...
Pathologie chirurgicale.....	LAURENCE (G.)
-	KUSS (R.)
-	VERNE (J.M.)
Pathologie exotique.....	BRUMPT (LC.)
Pathologie expérimentale et comparée...	MERKLEN (F.P.)
Pathologie médicale.....	LAROCHE Cl.)
-	BRICAIRE (H.)
-	PEQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire.....	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générale...	MAURICE (P.)
Pharmacologie.....	BOISSIER (J.R.)
-	LECHAT (P.)
Physiologie.....	BARGETON (D.)
-	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale.....	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	N...
Thérapeutique.....	LANOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée.....	N...

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie.....	CABROL (Ch.)
Anatomie anthropologique.....	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique.....	NEZELOF (CH.)
Bactériologie.....	BARBIER (P.)
Biochimie médicale.....	DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie Médicale.....	BOURLIERE (F.)
Parasitologie.....	LARIVIERE (M.)
Pathologie expérimentale.....	LOEPER (J.)
Physiologie.....	DEJOURS (P.)
-	SCHERRER (J.)
Physique médicale.....	KELLERSHOHN (L.)
-	GOUGEROT (L.)
-	ROUCAYROL (J. -CL)
-	TUBIANA (M.)
Radiologie médicale.....	FISCHGOLD (H.)

2. Chaires de Sciences cliniques.

a) Professeurs titulaires :	MM.
Clinique carcinologique.....	DENOIX P.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker).....	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais).....	SOULIE (P.)
- - (Boucicaut).....	LENEGRE (J.)
Cliniques chirurgicales(Beaujon.....	LORTAT-JACOB (J.L.)
(-)	BAUMANN (J.)
(Cochin.....)	LEGER (L.)
(Hôtel-Dieu.....)	PATEL (J.)
(Saint-Antoine....)	GOSSET (J.)
(Salpêtrière.....)	SICARD (A.)
(Tenon.....)	OLIVIER (Cl)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin).....	MERLE d'AUBIGNE (R.)
(Foch).....	PADOVANI (P.)
(Beaujon).....	CAUCHOIX (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopé- dique (Enfants-Malades).....	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais).....	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique(Laennec).	MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)....	DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié).....	DECOURT (J.)
Clinique de génétique médicale (Enfants- Malades).....	LAMY (M.)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca).....	HUGUIER (J.)
Cliniques des maladies cutanées et syphili- tiques (Saint-Louis).....	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants Malades).....	TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude- Bernard).....	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne).....	DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais).	BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière).....	CASTAIGNE (P.)
(Bicêtre.....)	DEPARIS (M.)
(Broussais.....)	MILLIEZ (P.)
(Cochin.....)	N...
Cliniques médicales.. (Hôtel-Dieu.....)	BARIETY (M.)
(Pitié.....)	DREYFUS (G.)
(Saint-Antoine....)	CONTE (M.)
(Saint-Antoine....)	KOURILSKY (R.)
(Saint-Antoine....)	BOUDIN (G.)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552011_0024

Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat).....	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enf. Males).....	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais).....	JUSTIN-BESANCON (T.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu).....	DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker).....	HAMBURGER (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié).....	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière).....	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales (Baudelocque).....	LACOMME (M.)
(Saint-Antoine).....	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal).....	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu).....	OFFRET (G.)
- - (Cochin).....	BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) re).....	AUBRY (M.)
Clinique de Pédiatrie (Trousseau).....	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul).....	THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec)...	BROUET (G.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière).....	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin).....	COSTE (F.)
Clinique de rhumatologie (Lariboisière).....	SEZE (S. de)
Clinique stomatologique (Salpêtrière).....	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard).....	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique Médicale (Saint- Antoine).....	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique (F. Vidal).....	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R. Poincaré).....	JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin).....	ABOULKER (P.)
- - (Necker).....	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau).....	LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin).....	DOMART (A.)
- - (Lariboisière).....	BOUVRAIN (Y.)
- - (Pitié).....	RAMBERT (P.)
- - (Rothschild).....	WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique Chirurgicale (Broussais).....	POILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel :

MM.

Hématologie.....	ANDRE (R.)
-	BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie.....	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses.....	BASTIN (R.)
	(AZERAD (E.)
	(BOUR (H.)
	(CAROLI (J.)
	(DREYFUS (B.)
Médecine.....	(GROSSIORD (A.)
	(LAMBLING (A.)
	(LAUNAY (Cl.)
	(PAYET M.
	(PERRAULT (M.)
	(SIGUIER (F.)
	(WORMS (R.)
Néphrologie.....	RICHET (G.)
Neuro-chirurgie.....	LE BEAU (J.)
Neurologie.....	HERMITTE (F.)
Neuro-psychiatrie.....	PICHOT (P.)
Oto-rhino-laryngologie.....	MADURO (R.)
Pédiatrie.....	POLONOVSKI (Cl.)
-	ROYER (P.)
Pneumo-Phtisiologie.....	KREIS (B.)
- -	MEYER (A.)
Rhumatologie.....	DELBARRE (F.)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie pathologique.....	GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie.....	CHRISTOL (D.)
	(CARTIER (P.)
Biochimie médicale.....	(GONNARD (P.)
	(NORDMANN (J.)
Biologie médicale.....	HARTMANN (L.)
Chirurgie.....	CARBONNET (G.)
Hématologie.....	BILSKI-PASQUIER
Maladies infectieuses.....	DUPONT (V.)
Neuro-psychiatrie.....	TARDIEU (G.)
Pédiatrie.....	ROSSIER (A.)
Physique médicale.....	COURSAGET (J.)
- -	GREMY (F.)
Physiologie.....	GIRARD (Fr.)
Stomatologie.....	CHAPUT (Mme A.)

III - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES

ETRANGERES

MM.

Bactériologie..... HAUDUROY (P.) Pr.s.ch
Pathologie chirurgicale..... RUDIER (J.) Pr.s.ch.

IV - PROFESSEURS ASSOCIES

Hormonologie..... MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologique.. SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté..... M. LENA (J.)
Conseiller administratif.....Melle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque (
Conservateur du Musée d'Histoire de la (M. le Docteur HAHN A.
Médecine.....(
(Mlles DUMAITRE (P.),
Conservateurs.....(LAURENT (H.),
(LE NOIR (G.).
(Mmes CONTET (J.),
Bibliothécaires.....(FORGET (F.),
(Mlles DUROZOY (M.F.)
(ROBERGER (D.), Dr.
(SCHILLER (J.).

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a
arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui
seront présentées, doivent être considérées comme propres
à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune appro-
bation ni improbation.

A Monsieur le Professeur J. VARANGOT.

Qui nous a fait le très grand honneur
de présider cette thèse.

En témoignage de profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur René MUSSET.

Qui fut l'esprit de cette thèse

Qu'il trouve ici l'expression de notre respect
pour la rigueur de son enseignement et ses
qualités humaines, et notre profonde reconnaissance
pour l'aide précieuse qu'il nous
accorda tout au long de ce travail.

A mes maîtres de la Fondation Curie.

Monsieur le Docteur P. MOYSE.

En témoignage de ma plus vive gratitude et
de mon grand respect.

Monsieur le Docteur J.P. PILLERON.

En témoignage de sincère reconnaissance pour
son enseignement et ses conseils.

Monsieur le Docteur J.C. DURAND.

En témoignage de respectueuse affection.

A Monsieur le Docteur J.N. DESFOSSES.

Qui a guidé mes débuts en chirurgie,

en témoignage de ma plus vive reconnaissance
et de mon plus grand respect.

A Monsieur le Docteur P. GUENIN.

Dont l'extrême bienveillance et les
grandes qualités d'enseignement ont rendi-
rent si profitable et si agréable mon
trop bref séjour dans son service.

A Madame le Docteur FAYOT-PETITIAIRE.

Qui m'initia à l'obstétrique.

En assurance de mon profond respect.

A mes Maîtres de l'externat.

Monsieur le Professeur THOLIERET.

Monsieur le Professeur BARIETY.

Monsieur le Professeur OURY.

Monsieur le Docteur CHOUBRAC.

Monsieur le Docteur RULLIERE.

Monsieur le Professeur ROBEY.

Monsieur le Docteur MACREZ.

I N T R O D U C T I O N

I N T R O D U C T I O N

Dans ce travail, nous nous proposons de passer en revue les causes principales chez la femme de suppuration chronique ou récidivante de la région périnéale.

Nous envisagerons ainsi :

- certaines hidrosadénites.
- les suppurations développées autour de fils résiduels après épisiotomie ou chirurgie périnéale.
- les bartholinites chroniques à poussées aiguës récidivantes.
- quelques cas rares d'endométriose vagino-périnéale infectée.
- et surtout les abcès de la cloison recto-vaginale et périanaux antérieurs.

A l'étude de ces lésions, nous adjoindrons celle des fistules recto-vaginales infectées, siégeant sur les deux tiers inférieurs du vagin. Celles-ci sont fréquemment en effet la conséquence des lésions précédentes.

Nous leur adjoindrons aussi l'étude des fistules recto-vaginales traumatiques compliquées d'infection chronique de leur trajet, éventualité qui s'observe surtout dans les cas de tentatives infructueuses de réparation.

En revanche, les fistules recto-vaginales du tiers supérieur du vagin ou du dôme vaginal, conséquence de traumatismes rectaux accidentels à l'occasion d'hystérectomies élargies ou de colpo-

tomies, les fistules par lâchage de sutures colo rectales, ou :
après amputation abdomino-périnéale du rectum, ainsi que les
fistules recto-vaginales pathologiques cancéreuses ou radiques,
sont exclues de notre travail.

E T I O L O G I E

I - DES SUPPURATIONS SUPERFICIELLES ou "BORGNES" DU PERINEE.

Certaines causes purement génitales ne nous retiendrons guère. Il en est ainsi des kystes sébacés infectés de la petite lèvre, des folliculites de la région périnéale, qui peuvent provoquer quelques abcès superficiels et des hidrosadénites. Celles-ci siègent le plus souvent sur la grande lèvre mais parfois aussi sur le périnée. La tumeur présente parfois en son centre une petite granulation par où s'écoule en cas de suppuration un produit brun rougeâtre. L'aspect histologique de ces hidrosadénites est souvent faussement inquiétant car ces formations ont une tendance à la prolifération épithéliale qui demeure cependant bénigne.

II - Les suppurations périnéales ayant pour origine la glande de Bartholin.

Une des causes très importante de suppuration périnéale chez la femme est représentée par les bartholinites, et ceci à toutes les phases de l'évolution spontanée ou non de la maladie.

L'abcès aigu de la glande de Bartholin réalise une tuméfaction rouge, chaude et douloureuse, en regard de la muqueuse vestibulaire. La grande lèvre est oedématiée et inflammatoire. L'étiologie classiquement gonococcique de cet abcès est en fait exceptionnelle et l'affection relève de multiples étiologies bactériennes.

Son évolution est variable : le drainage soigneux après une mise à plat très complète de tous les prolongements obtient le plus souvent la guérison ; en revanche, un drainage insuffisant, par une fistulisation spontanée, ou un geste chirurgical trop limité aboutit au tableau de la bartholinite chronique à poussées subaigues récidivantes.

A l'occasion d'une menstruation, d'une fatigue ou de rapports sexuels, de vives douleurs réapparaissent, l'écoulement purulent s'exagère, les signes d'inflammation augmentent. Cet abcès s'évacue souvent rapidement en 48 heures, mais pour récidiver bientôt, entraînant une gêne fonctionnelle importante et désespérante. La grande lèvre est oedématiée, légèrement augmentée de volume et la palpation retrouve un petit nodule, dur, mobile, dont la pression fait s'écouler une goutte de pus.

Ces bartholinites chroniques à poussées récidivantes, sont de traitement difficile et parfois décevant.

Mais le tableau est encore plus grave, pour les fistules recto-vaginales infectées à point de départ bartholinien. Celles-ci mettent en communication la glande infectée non seulement

avec le périnée ou le vagin, mais encore avec le canal ano-rectal. Cette communication avec le canal anal peut s'établir spontanément par une fistulisation simultanée des prolongements glandulaires aux organes les plus proches. Plus souvent elle naît d'un geste chirurgical car la dissection d'un abcès chronique du prolongement postérieur de la glande passe dangereusement près du rectum et expose à sa blessure.

Ces fistules recto-vaginales après bartholinites sont toujours très graves, car les trajets ne sont pas médians mais latéraux, parce que ces trajets sont très infectés et parce que de multiples actes chirurgicaux ont été instaurés.

Nous nous garderons de présenter des observations de Bartholinites aiguës ou chroniques car leur aspect est bien connu.

En revanche les observations n^o1, 2, 3 concernent des malades chez lesquelles une fistule-recto-vaginale infectée a eu pour origine une Bartholinite.

III - LES SUPPURATIONS DEVELOPPEES APRES EPISIOTOMIES OU CHIRURGIE PERINEALE.

Une cause moyenne de suppurations périnéales observées dans le service du Professeur MUSSET, est d'ordre traumatique, obstétrical et chirurgical. Elle a trait aux suppurations résiduelles après épisiotomies, réparations de déchirures obstétricales du périnée et colpopérinéorraphie chirurgicale.

Il n'est pas rare d'assister après une épisiotomie à l'infection et à la désunion de la plaie vers le cinquième ou le sixième jour des suites de couches. D'habitude, la cicatrisation plus ou moins inesthétique se fait par seconde intention, en une quinzaine de jours, car il n'est guère utilisé de fils non résorbables pour réparer les épisiotomies. Parfois cependant des abcès résiduels peuvent se constituer autour de trop gros catguts abandonnés dans les tissus.

Les sutures des déchirures obstétricales des premier et deuxième degré offrent les mêmes symptômes. Il est classique cependant, d'attirer l'attention sur le risque de fistule recto-vaginale succédant à l'embrochement du rectum par des fils de la suture vaginale ou périnéale. En revanche, ce sont les tentatives de réparation immédiate des déchirures obstétricales du troisième degré au cours desquelles le sphincter, la cloison recto-vaginale et la paroi antérieure du canal anal ont été sectionnés, qui exposent au plus grand nombre d'accidents. Au cinquième jour, à l'occasion des phénomènes suppuratifs, se produit une désunion partielle ou totale des sutures, qui aboutit soit à une

fistule recto-vaginale soit à une déchirure périnéale du troisième degré. Dans le premier cas, l'orifice de communication est souvent large, à trajet court, assez peu infecté. Lorsque le périnée tout entier est détruit, une incontinence anale est associée à la suppuration.

Le traumatisme chirurgical, est représenté surtout par les réparations tardives de déchirures périnéales du troisième degré, et par les colpopérinéorraphies postérieures.

Une malade ayant été victime d'une déchirure périnéale du troisième degré plus ou moins ancienne est opérée. Vers la fin de la première semaine, parfois à l'occasion de la première selle, le périnée infecté se désunit. Une fistule recto-vaginale naît. Son trajet est plus long, plus infecté, le sphincter en revanche a pu être partiellement reconstitué.

Ce sont aussi les périnéorraphies postérieures qui fournissent un grand nombre de lésions infectées du périnée. Au cours de l'intervention, le rectum a été blessé. Il y a généralement une tentative de réparation immédiate mais au bout d'une semaine l'infection gagne les tissus et une désunion se produit. Dans ces cas le périnée est toujours intact. Il est même souvent très long car on a suturé les releveurs et on a interposé entre rectum et vagin une couche épaisse de muscle. Le périnée est long, le sphincter toujours intact, parfois aussi, l'orifice vaginal est étroit, mais il existe une fistule qui siège souvent à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur du vagin, parfois même plus haut.

Dans ce cas, le trajet est tortueux, il existe des clapiers purulents et même des pertes de substance chez des malades déjà opérées plusieurs fois. Cette suppuration est encore

entretenu par la présence de matériel non résorbable utilisé parfois par la myorrhaphie. A maintes reprises, nous avons découvert des nylons abandonnés au sein du corps périnéal. Leur ablation suffit à tarir l'écoulement en quelques jours. Ailleurs encore, c'est au cours de la dissection d'une importante élytrocèle que le rectum est blessé.

Les tentatives infructueuses de réparation chirurgicale de fistules recto-vaginales ou d'incontinence du sphincter anal aboutissent souvent à des tableaux analogues. En effet à la suite de ces essais infructueux, survient une suppuration périnéale abondante, irritante et nauséabonde qui s'accompagne souvent d'issue des matières et des gaz au travers de fistules secondaires ano-périnéales, ano-vulvaires ou recto-vaginales. La suppuration exacerbée parfois à l'occasion de poussées d'abcédation est entretenue indéfiniment à la fois par la contamination fécale et surtout par la présence de multiples fils de nylon utilisés pour la réparation du canal anal et la myorrhaphie ainsi que la présence de foyers de sclérose infectée, et de clapiers purulents. C'est la constatation de ces cas fréquents qui est à la base de la technique de périnéotomie de mise à plat systématique que nous avons mise en oeuvre pour la première fois en telles conditions.

A ces suppurations d'origine obstétricale et gynécologique, il faut ajouter les réparations du traumatisme accidentel. Ainsi nous avons pu opérer une femme jeune qui présentait une incontinence anale à la suite de plusieurs tentatives chirurgicales vaines et suivies d'infection de la brèche ano-vaginale produite par un manche de croquet. Ailleurs ce sera un empalement, un viol ou le simple traumatisme d'un

thermomètre médical qui auront inauguré la suppuration.

Ces causes traumatiques de suppurations périnéales chroniques chez la femme sont illustrées par les observations n^o 4, 5, 6 et 7.

IV - ABCÈS DE LA CLOISON RECTO-VAGINALE.

Les abcès de la cloison recto-vaginale, variété antérieure des classiques abcès périanaux, représente la quatrième et plus importante cause de suppuration périnéale chez la femme.

On sait depuis Hermann et Desfosses, que des canaux glandulaires, partant des cryptes s'enfoncent plus ou moins profondément dans les tissus périanaux. L'infection des canaux antérieurs ou antérolatéraux conduit à la formation d'abcès de la cloison recto-vaginale. La crypte capte les agents microbiens à partir des matières fécales lorsque celles-ci sont évacuées par le canal anal et en permet la progression vers les formations glandulaires. La moindre infection des canalicules s'accompagne d'un oedème qui favorise encore l'infection par la rétention intra-glandulaire.

Cet adéno-phlegmon peut paraître primitif, favorisé par la constipation, ou plutôt l'abus des laxatifs que celle-ci entraîne. Il est surtout favorisé par la diarrhée et le déséquilibre microbien. Lorsque ces deux derniers sont la conséquence d'une affection plus ou moins étendue de la muqueuse digestive, lorsque la muqueuse rectale est atteinte, toutes les circonstances défavorables sont réunies, c'est à dire la fréquence des abcès de la cloison recto-vaginale dans les rectites, les anites hémorroïdaires, la recto colite hémorragique et la maladie de Crohn.

A ces abcès près des cryptes, il faut joindre les abcès de la cloison recto-vaginale, qui succèdent à une effraction de la muqueuse au cours d'un acte chirurgical endoscopique, telle l'ablation d'un polype antérieur du rectum. Ailleurs cet abcès sera né de l'infection d'un canal de gart-

ner postérieur, ou secondaire à une suppuration du cul-de-sac de Douglas.

Nous avons observé plusieurs abcès de la cloison recto-vaginale en apparence primitifs (et nous en décrirons l'aspect dans nos observations n°8, 9 et 10).

Mais nous avons surtout observé un cas d'abcédation ano-vaginale au cours d'une recto-colite hémorragique (observation n° 12).

En effet, des complications suppuratives ano-rectales émaillent très souvent le cours d'une recto-colite hémorragique. Il s'agit d'abcès ischiorectaux, et très fréquemment d'abcès périanaux, mettant en communication le canal anal, et le périnée ou la cloison vaginale postérieure. Leurs circonstances de survenue sont variables selon les auteurs. Il est rare que ces troubles révèlent la maladie, et ils sont le plus souvent contemporains de la première crise. Leur fréquence s'accroît lorsque la poussée de colite est sévère, et on observe ces suppurations lorsque l'atteinte est étendue.

UN traitement rigoureux de la colite n'entraîne pas toujours leur guérison, et elles peuvent évoluer même pendant les phases de rémission de la recto-colite. En revanche, leur traitement chirurgical propre, en temps opportun, permet leur guérison, et celle-ci par son influence heureuse sur le psychisme de la malade, peut concourir à la qualité de la rémission. Nous présentons ainsi un cas de fistule recto-vaginale au cours d'une recto-colite hémorragique (observation n° 12) où les principaux caractères de ces suppurations périnéales sont mis en évidence.

On le sait la maladie de Crohn est rare en France. Classiquement elle atteint le tissu lymphoïde de l'iléon terminal, fréquemment elle touche le colon isolé, mais elle a aussi

une particulière prédilection pour la région anale en raison du caractère lymphoïde de la zone inter-sphinctérienne. Ce tissu lymphoïde anal est quelquefois très hypertrophique, suffisamment pour que Johnson (1914) l'ait comparé à une amygdale anale. C'est pourquoi les complications ano-recto-périnéales sont fréquentes et très caractéristiques. Il est rare qu'un patient atteint de maladie de Crohn n'ait pas à un moment donné de son histoire une atteinte anale avec les suppurations et les fistules externes et internes qu'elle implique. Cette atteinte touche le tiers des malades souffrant d'iléite terminale, les deux-tiers des "Crohn coliques", il y a toujours des complications ano-périnéales quand la maladie atteint le rectum. Bien mieux, un abcès, une fistule de la cloison recto-vaginale persistante, peut être le premier signe à des années de distance d'une maladie de Crohn qui se fixera plus tard sur le carrefour iléo-colique. Crohn a pu citer deux cas où les manifestations anales précédaient l'atteinte intestinale classique de plus de douze ans, pour Morson, quatre à huit ans peuvent s'écouler entre les deux atteintes. Pour notre part, nous n'en avons pas observé, mais les auteurs belges et surtout anglais, ont été frappés par ce fait et ont posé comme dogme l'examen histologique systématique de toute suppuration ou de toute fistule périnéale à la recherche du Sarcoïde caractéristique de la maladie de Crohn, associant les cellules géantes multinuclées, non caséifiées, les cellules épithélioïdes, les lymphocytes.

Deux caractères sont à souligner, la difficulté du diagnostic avec la tuberculose anale et le caractère trainant, difficile à traiter d'une telle affection.

Les abcès torpides aux orifices multiples, sans induration marquée, l'oedème cyanotique périnéal, les ulcérations tantôt petites, ailleurs envahissantes, conduisent à la destruction

du périnée et de la graisse ischio-rectale au délabrement du sphincter. C'est dire leur gravité, d'autant plus qu'elles peuvent évoluer pour leur propre compte malgré le traitement de l'entéropathie causale. Pour certains auteurs, enfin, des manipulations maladroites aboutissent à une exacerbation de la maladie intestinale.

L'infection du périnée se voit encore au cours de la maladie de Nicolas Favre.

La rectite d'inoculation vénérienne, épaississant et sclérosant progressivement la muqueuse ano-rectale, thrombose les lymphatiques, et par eux ou par propagation directe envahit la peau de la région anale et le périnée. A l'ano-rectite, au rétrécissement anal et aux granulations vénériennes sclérosantes et végétatives s'associent des abcès périnéaux, de fréquentes fistules recto-vaginales.

Nous n'en présenterons aucune observation car l'affection est maintenant rare en France.

En revanche, Le Bourthe et ses collaborateurs ont traité au Cameroun, huit malades par la technique de notre Maître le Professeur MUSSET, en y associant une colostomie provisoire pour le traitement du rétrécissement anal. Dans tous les cas, la guérison des suppurations périanales et recto-vaginales fut obtenue.

V - Une dernière cause, rare et certainement mal connue peut survenir : L'ENDOMETRIOSE VAGINALE INFECTEE.

Ces endométrioses peuvent apparaître spontanément mais généralement elles succèdent à des traumatismes obstétricaux. A la suite d'application de forceps généralement avec grande rotation, une des faces latérales du vagin est labourée au fond d'un cul de sac latéral, parfois plus bas près de l'orifice vaginal, parfois sur toute l'étendue de la face latérale du vagin. Il en résulte une cicatrice déprimée de la paroi vaginale sur laquelle se greffe secondairement l'endométriose selon la pathogénie habituelle des endométrioses des cicatrices, probablement par transport par voie lymphatique de cellules endométriales desquamées lors des règles et qui colonisent autour de l'obstacle cicatriciel.

Ces endométrioses se manifestent presque toujours par des dyspareunies très pénibles. A l'examen, on sent au toucher sous la cicatrice vaginale déprimée qui paraît adhérer à la paroi osseuse du bassin, de multiples petits granules en élevation de la taille d'un pois, douloureux au toucher. Au spéculum, il est difficile de les reconnaître, parfois cependant on constate leur saillie bleutée. La dyspareunie est en règle le seul trouble fonctionnel invoqué, mais exceptionnellement une infection secondaire peut survenir, avec constitution d'un abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur qui ne manque jamais de se fistuliser.

VI - Pour clore cette étude clinique et étiologique, il nous reste à dire un mot des examens de laboratoire utiles.

Nous avons souligné l'intérêt des biopsies de toute lésion de la région en étudiant la maladie de Crohn et l'endométriose vaginale infectée ; il est également indispensable d'étudier la bactériologie de ces abcès et des fistules qui en naissent : la colibacille, le proteus, le staphylocoque se partagent l'immense majorité des cas.

Ailleurs, l'aspect particulier des lésions, l'existence de plusieurs orifices fistuleux externes à bords décollés, violacés, à fond plat, laissant sourdre un pus mal lié, évoque la tuberculose. La découverte du bacille de Koch, l'inoculation au cobaye peuvent être trompeurs, seul l'examen histologique affirmera le follicule caséifié et apportera la certitude.

L'enquête étiologique minutieuse est l'étape fondamentale de l'examen des malades souffrant de suppurations périnéales, car elle dicte les grands principes du traitement.

T R A I T E M E N T

LE TRAITEMENT -

Le traitement de toutes ces suppurations implique un dogme absolu : la mise à plat du trajet infecté sur toute sa longueur. Ce dogme s'applique aussi bien aux lésions proprement génitales, qu'aux lésions à point de départ ano-rectal.

- Traitement des lésions ne communiquant pas avec le canal ano-rectal.

-C'est le cas des Bartholinites.

L'abcès aigu doit être incisé avant sa fistulisation spontanée ; trois voies d'abord sont possibles : une voie d'abord externe cutanée, une voie médiane dans le sillon entre grande et petite lèvre, une voie interne dans le sillon nympho-hyménéal. Cette dernière voie d'abord est, pour notre Maître le Professeur MUSSET, la seule valable, la seule qu'il faille emprunter car elle offre le drainage le plus direct, sans que l'on ait à traverser des espaces cellulaires rapides à s'infecter. Cette voie d'abord peut être aisément élargie pour découvrir les prolongements antérieur et postérieur, et permet une mise à plat très large.

L'ablation d'une Bartholinite infectée chronique à poussées évolutives représente une opération difficile : la même voie d'abord nympho-hyménéale doit être empruntée, car elle permet d'extirper à la fois l'orifice et le canal excréteur, et de disséquer convenablement la glande qu'il convient d'extirper en totalité. Il faut de même chercher attentivement un prolongement antérieur, et surtout postérieur en prenant bonne garde de la proximité du rectum.

On laissera enfin la loge béante sans aucun point de suture,

ou point de capiton ; tout est laissé ouvert pour une cicatrisation de la profondeur à la superficie. L'hémostase doit être extrêmement soigneuse, élective, ou par électro-coagulation. Elle est encore assurée par la mise en place d'un tampon vaginal, pendant quarante huit heures, qui comprime la loge de la glande de Bartholin contre la branche ischio-pubienne sous couvert d'une sonde vésicale.

- Traitement des suppurations périnéales après épisiotomie ou déchirure du premier ou du deuxième degré.

Nous l'avons vu, l'origine de ces suppurations est le plus souvent la présence d'un fil enkysté au milieu d'un petit abcès et qui a fini par se fistuliser à l'extérieur. Après s'être assuré que n'existe aucune communication rectale, le cathétérisme du trajet, l'extirpation du fil, l'excision des lésions scléreuses et infectées procurera une cicatrisation par seconde intention, avec un seul préjudice esthétique. Il n'est pas rare de trouver au cours de l'exploration d'autres micro-abcès entourant des fils que l'on extirpe également. Le traitement des lésions à point de départ cutané du périnée ne saurait nous retenir.

Ici encore la mise à plat accompagnée de désinfection locale viendra le plus souvent à bout de ces suppurations lorsqu'elles sont limitées.

Plus étendues, elles peuvent demander des interventions de chirurgie plastique, mais ceci dépasse notre compétence.

- Traitement des lésions mettant en communication le vagin ou le périnée avec la sphère recto-anale.

C'est à propos des lésions à point de départ intestinal, que la mise à plat s'avère le plus indispensable : elle implique la section provisoire du sphincter anal.

- La méthode de traitement en deux temps de notre Maître, le Professeur MUSSET est justifiée par les échecs des procédés qui tentent de réparer d'emblée en tissu infecté, même si l'aspect de la fistule est en apparence relativement rassurant. Notre technique en deux temps est donc basée sur l'insécurité notoire et les trop fréquents déboires des procédés de réparation classiques. Elle est basée sur le désir de réaliser le deuxième temps de réparation sur des lésions .
exemptes de toute infection ou sclérose inflammatoire, parfaitement cicatrisées et exposées directement en surface de manière à faciliter des manœuvres opératoires. Elle repose sur la confiance absolue en notre opération de reconstitution des déchirures périnéales du troisième degré avec incontinence anale que nous avons pratiqué à quatre vingt huit reprises et qui nous procure actuellement des résultats anatomiques et fonctionnels quasi constants, sans qu'il soit jamais nécessaire de pratiquer de colostomie préalable.

Une périnéotomie de débridement représente donc le premier temps du traitement des fistules ano-périnéales, ano-vulvaires, ano-vaginales avec suppurations chroniques. La mise à plat du trajet fistuleux, se fait en utilisant de solides ciseaux droits dont la branche postérieure est introduite dans l'anus puis poussée au travers de l'orifice de communication bien repéré jusqu'à l'intérieur de la cavité vaginale. Les ciseaux sont refermés et le corps périnéal sectionné franchement sur la ligne médiane, sans se soucier jamais de l'état du sphincter déjà précédemment

rompu, ou au contraire entièrement préservé.

Ce débridement découvre le trajet fistulaire qui est parfois sinueux ou en baïonnette, et expose souvent des granulations septiques et des foyers de suppuration entretenus par la présence de fils non résorbables. Il est absolument indispensable d'extirper tous ces fils, d'enlever la totalité du trajet fistuleux et de réséquer tout le tissu scléro-lipomateux jusqu'à l'obtention d'une plaie bien vivante et bien saine.

Quarante-huit heures d'hospitalisation suffisent pour ce premier temps. Les suites de cette intervention sont faciles et dénuées vraiment d'accidents d'incontinence anale importante surajoutée. Lorsque le sphincter était détruit, il n'y a bien sûr pas de modification fonctionnelle. Lorsqu'il existait encore, on pouvait certes craindre une incontinence anale après sa section. En fait, le problème est bien différent. Avant toute périnéotomie, la malade présentait par sa fistule recto-vaginale une incontinence sus-sphinctérienne, encore aggravée par la contraction désespérée du sphincter et par des crises de diarrhée réflexe. Après section et mise à plat des lésions infectées, l'incontinence sus-sphinctérienne est remplacée par une incontinence as-sphinctérienne mais celle-ci est moindre. On est frappé par le fait que la malade est paradoxalement moins gênée après la section sphinctérienne qu'avant par son défaut d'incontinence. Ceci est dû à un drainage plus rapide des matières, qui permet une bien meilleure désinfection, et un assouplissement des tissus, et à un certain degré de suppléance des releveurs de l'anus.

Ce sont les infectées aiguës qui bénéficient le plus de cette opération et qui éprouvent un indiscutable mieux-être après la mise à plat.

Ce n'est que pour de toutes petites fistules, que trahissent seulement un léger suintement, une discrète incontinence des

gaz, que la périnéotomie entraînerait une gêne mais celle-ci sera provisoire et la malade dûment prévenue, saura attendre avec patience le deuxième temps.

En effet, la plaie cicatrise complètement en un à deux mois, au seul prix de quelques soins de toilette sans abuser des antibiotiques ni des pommades, car les antiseptiques ne font souvent qu'irriter la plaie.

Ainsi donc les muqueuses vaginale et rectale se soudent l'une à l'autre, peu à peu en une bride transversale d'accolement qui se perd de chaque côté dans la base des grandes lèvres et correspondait au bord supérieur primitif de l'orifice fistulaire. L'aspect typique devient celui d'une déchirure périnéale ancienne du périnée du troisième degré. Il est caractérisé par la disparition de l'éperon périnéal, par la béance de l'anus dont la paroi antérieure large et horizontale s'offre directement à la vue alors que sa demie circonférence postérieure avec la marge correspondante demeure intacte, et bordée de plis radiés. Ceux-ci s'estompent brusquement à la hauteur de deux petites fossettes latérales qu'il convient de bien reconnaître car elles marquent les extrémités du sphincter rompu et représentent les repères obligatoires fondamentaux.

Le deuxième temps est un temps de réparation : c'est la cure chirurgicale des déchirures périnéales du troisième degré qui reconstitue la paroi antérieure du canal anal, la marge de l'anus, le sphincter anal, le corps périnéal et la paroi postérieure du vagin. Ce temps est entrepris deux mois au moins après le premier temps sur des lésions bien cicatrisées, souples, indemnes de toute infection. Il est précédé d'une préparation de la malade par un régime sans résidus, par la désinfection intestinale par les sulfamides. Il n'est pas question ici d'exposer la technique opératoire de notre Maître le Professeur MUSSET, qui a déjà fait l'objet de nombreuses publica-

tions, mais nous désirons cependant mettre en lumière les détails très importants qui contribuent au succès de l'intervention.

Le premier temps par exemple est une dilatation anale destinée à allonger et à assouplir le sphincter. Elle est faite aux deux pouces adossés en faisant porter la pression sur la région postérieure de façon à ne pas érailler la bride d'accolement.

Le deuxième temps consiste en la mise en place de quatre fils repérés : deux repérés antérieurs prendront place à l'endroit où sera reconstituée la commissure postérieure de la vulve ; deux repères postérieurs, qui repondent au fond des petites fossettes qui marquent les cornes du sphincter rompu. La traction divergente rigoureusement systématique à 45 degrés, soulève une bride arciforme recto-vaginale.

Après l'incision au bistouri de cette bride, et un décollement recto-vaginal aussi économique que possible, le troisième temps fondamental, est le rétablissement du canal anal dans toute sa longueur. L'élément essentiel de la continence anale n'est pas tant le sphincter par son effet d'occlusion, que la longueur du canal anal et de la muqueuse sensible. Ainsi notre Maître le Professeur MUSSET a pu corriger certaines incontinenances anales, à sphincter intact, par une simple réascension de la muqueuse sensible (observation n° 11). Le procédé est simple, suture de la muqueuse digestive à points séparés, descendant du sommet de la brèche rectale, vers la marge de l'anus. En même temps est réalisé un approfondissement du décollement recto-vaginal.

La réfection du sphincter est ensuite entreprise suivant la technique maintenant bien connue. Le périnée est reconstitué par l'adossement des releveurs de l'anus, la vagin puis la peau sont fermes, ainsi sont reconstitués toute la cloison recto-vaginale, la paroi antérieure du canal anal, le coin périnéal.

Les suites sont simples, au prix de quelques précautions : la première selle doit être molle ou diarrhétique, ceci étant favorisé par l'antibiothérapie et l'huile de parafine. Il faut que la malade ait eu plusieurs selles avant l'ablation des fils rectaux. En effet des fils rectaux non résorbables ont été employés, leurs longs chefs sortant par l'orifice anal, et il faut retirer ces fils au douzième-quatorzième jour. Ceci se fait par voie endoscopique sous anesthésie générale. Moyennant ces quelques précautions, la cicatrisation se fait par première intention, les résultats anatomiques et fonctionnels sont bons, nous les reverrons.

- Lorsque la suppuration périnéale fait partie d'une affection plus étendue, les problèmes thérapeutiques deviennent plus complexes..

Ainsi pour la lymphogranulomatose vénérienne d'inoculation, nous avons vu que la colostomie provisoire de dérivation associée à notre technique en deux temps facilitent le traitement médical de la réctite et évite la surinfection des lésions créées par l'excision des granulomes vénériens.

Pour la recto-colite-ulcéro-hémorragique traitement général et traitement local vont de pair. Par la simple diminution de troubles fonctionnels très pénibles, la périnéotomie retentira favorablement sur l'évolution de la colite. Réciproquement un traitement médical sévère de la recto-colite évitera bien des surinfections anales.

Bien plus nuancées sont les indications thérapeutiques des complications périnéales suppuratives de la maladie de Crohn. D'après la majorité des auteurs, les abcès doivent être incisés sans attendre. En revanche, devant une entérite très active ou une diarrhée très fluide, il faut savoir retarder la mise à plat d'un trajet fistuleux car il vaut mieux laisser un

petit écoulement qu'une incontinence par section du sphincter. La fistulectomie sera faite quand l'iléite deviendra inactive.

Il en est de même pour le temps de réparation ou toute tentative en présence de cette diarrhée irritante est vouée à la faillite.

Lorsque les fistules sont nombreuses, la colostomie de dérivation paraît indispensable, permettant un traitement local par la mise à plat. Si les lésions périnéales ne s'améliorent pas et vont en s'aggravant, l'amputation secondaire du rectum avec colostomie définitive serait indiquée. Dans toutes ces affections, on imagine combien la présence de suppurations périnéales pèse lourdement sur les problèmes de résections et d'anastomoses.

- Les résultats.

Pendant ces dernières années, quarante quatre abcès et fistules mettant en communication le rectum et le vagin ont été opérés par notre Maître, le Professeur René MUSSET.

Dans deux cas, la périnéotomie isolée a procuré une guérison fonctionnelle si satisfaisante qu'aucune réparation complémentaire n'a paru indiquée. (observations n° 12 et 14).

Dans quarante deux cas, l'intervention a été menée dans sa totalité. Trente neuf fois, un succès total et définitif, anatomique et fonctionnel a été obtenu, quel qu'aient été les antécédents opératoires des patientes. Dans trois cas des incidents post-opératoires sont survenus :

- dans un cas, la suture rectale avait été faite aux fils résorbables, une reprise fut nécessaire, et le procédé classique conduisit à la guérison.
- dans un cas, la périnéotomie avait été faite par un chirurgien étranger et le deuxième temps fut mené alors que la cicatrisation n'était pas parfaite. Echec partiel d'ailleurs puisqu'une reprise de l'intervention amena la guérison.
- enfin dans un cas d'énorme fistule recto-vaginale où ne subsistaient plus ni sphincter anal ni aucun élément périnéal la technique en deux temps se solda par un échec laissant derrière elle une incontinence et un prolapsus anaux.

O B S E R V A T I O N S

OBSERVATION n° 1. Madame B... 41 ans

A subi en 1957 l'ablation incomplète d'une glande de Bartholin droite infectée.

Depuis cette date, elle présente des poussées infectieuses avec suppuration.

A l'examen, on constate un orifice fistulaire à la base de la petite lèvre droite, un petit noyau glandulaire induré de la taille d'un pois à la base de la grande lèvre et un trajet fistulaire de deux centimètres, qui oblique en haut et à droite, se dirige vers la face latérale du canal anal.

En octobre 1962, cette malade est opérée : on extirpe le noyau scléro-lipomateux infecté ainsi que la moyenne partie du trajet fistulaire. Mais la poursuite de celui-ci conduit assez haut sur la face latérale du canal anal, que l'on renonce à ouvrir ; en raison du caractère minime des troubles fonctionnels, on n'ose pas à cette époque imposer une intervention importante en deux temps ; La malade n'a pas guéri ; elle continue une ou deux fois par an à souffrir d'une petite poussée infectieuse due à une fistule ano-vulvaire indiscutable.

OBSERVATION n° 2. Madame B... 35 ans.

Est examinée pour la première fois en 1956 à l'occasion d'une grossesse.

Elle se plaint depuis 1944, période à laquelle elle a été opérée d'une bartholinite gauche, d'une petite fistule ano-vaginale qui provoque des écoulements intermittents et assez peu gênants. Il existe un trajet qui va de la face antéro-latérale du canal anal à la base de la petite lèvre gauche.

En raison du peu d'intensité des troubles fonctionnels, aucun traitement n'est proposé.

La patiente est revue en 1963 et la fistule s'est tarie spontanément.

OBSERVATION n° 3. Madame N...

Subit en 1932 l'ablation d'une glande de Bartholin infectée. Cet acte chirurgical fut suivi d'une fistule recto-vaginale, dont la cure fut tentée en vain en 1955, septembre 1968, puis 1969 par tous les moyens classiques.

Actuellement il persiste une fistule recto-vaginale très infectée et un gros retentissement psychique, car depuis l'âge de trente ans cette femme présente des troubles fonctionnels considérables.

OBSERVATION n° 4. Madame M... 32 ans.

Avait accouché en 1967 par forceps avec déchirure périnéale d'un anencéphale.

En 1968, elle est examinée dans notre service pour connaître ses chances d'une nouvelle grossesse normale et l'on découvre au cours de l'examen, une petite fistule ano-vaginale punctiforme, secondaire à l'embrochement du rectum par les fils de suture d'une déchirure obstétricale du deuxième degré. La fistule était située sur la ligne médiane immédiatement au-dessus du sphincter. Sa mise à plat par périnéotomie fut suivie d'une adaptation fonctionnelle parfaite ; les deux cornes du sphincter sectionné se contractent parfaitement sur la bride d'accolement.

La femme a accouché depuis lors normalement et se porte bien.

OBSERVATION N° 5. Madame R... 39 ans.

A subi en 1951 une hystéropexie antérieure pour rétro-version utérine.

A la suite de cette pexie apparut une élytrocèle dont la cure fut pratiquée en 1956 à double équipe et fut

accompagnée par une réparation de déchirure périnéale ancienne (4 accouchements de 1944 à 1951).

Dans les suites de l'intervention apparaît une sup-puration périnéale qui se fistulise au vagin et au rectum avec incontinence sus-sphinctérienne aux matières liquides. Le trajet est fistuleux, étroit, très infecté, le sphincter est rompu.

Le procédé type en deux temps (septembre et juillet 1961) amène une guérison complète.

OBSERVATION n° 6. Madame R... Suz... 58 ans.

Subit en mars 1961, la cure d'un prolapsus génital au cours de laquelle se produisit une effraction du rectum. L'opérateur pratiqua la suture de la plaie rectale, en deux plans de catgut recouverts par une large myoraphie des releveurs. Mais bientôt survint une grave infection de la plaie avec fièvre à 40°, vite suivie de la désunion des sutures et incontinence rectale complète, les matières passant entièrement dans le vagin au dessus du sphincter que la patiente contractait désespérément.

L'examen montrait la présence d'une large fistule recto-vaginale, très infectée, siégeant sur la ligne médiane à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur du vagin. Sous anesthésie générale, la périnéotomie ouvrit complètement le corps périnéal, le sphincter, le canal anal et le vagin. Le soulagement fut immédiat, non seulement la fièvre céda rapidement, mais la continence fut considérablement améliorée.

En deux mois, la cicatrisation fut complète et le 5 mai 1961, fut mené le deuxième temps de réparation.

La malade est actuellement parfaitement guérie.

OBSERVATION n° 7. Mademoiselle H...

Est une jeune-fille de 17 ans, qui dans la première enfance, a eu une perforation de la cloison recto-vaginale à la suite de la mise en place brutale d'un thermomètre médical.

Son histoire est grevée de poussées récidivantes d'abcès périnéaux malgré tous les drainages en 1963, en 1966. Seule la mise à plat en mai 1969 d'un trajet fistuleux long, tortueux et infecté, puis la réparation type en juillet 1969, lui apportèrent la guérison.

OBSERVATION n° 8. Mademoiselle V...

Est une jeune-fille de 23 ans, qui depuis l'âge de 18 ans souffre de suppurations périnéales et d'une fistule recto-vaginale intarissable.

Elle a subi l'incision d'abcès périnéaux en 1965, 1969, 1970, et malgré ce traitement, les poussées de suppuration périnéale deviennent plus importantes et plus fréquentes. En effet, la fistulographie au lipiodol fluide montre bien l'importance des lésions, la communication entre le vagin et le rectum, le périnée miné par les trajets suppurants. Seule la mise à plat complète de tous les trajets infectés que nous nous proposons d'entreprendre pourra lui procurer une guérison.

OBSERVATION n° 9. Madame J... 31 ans.

Vient consulter pour incontinence des matières et des gaz.

Dans les antécédents existe une suppuration périnéale qui a été incisée et drainée à deux reprises en 1968.

A l'examen existe une fistule recto-périnéo-vaginale mettant en communication le flanc gauche du canal anal, la région de la glande de Bartholin gauche et le tiers moyen du vagin.

Le sphincter en revanche est intact.

La mise à plat de tous les trajets fistuleux, et l'excision de quelques débris scléro-lipomateux en mars 1969 ont permis une cicatrisation complète du périnée.

Le deuxième temps en aout 1969, permet une restitution anatomique et fonctionnelle complète.

OBSERVATION n° 10. Madame M... 46 ans.

Vient consulter dans notre service pour un abcès de la cloison ano-vaginale.

Elle a accouché au Congo en 1958 par forceps, a été opérée peu après d'une cystocèle, mais surtout, elle a subi à deux reprises l'incision d'un abcès périnéal en 1968. Cet abcès récidivé est débridé en juillet 1969, selon la technique habituelle. L'état de la malade est très amélioré, aucun trouble sphinctérien ne se fait jour.

Deux mois, après, la lésion est complètement cicatrisée avec un aspect de périnée complet compliqué ancien, et le deuxième temps est conduit en septembre 1969 avec un très bon résultat anatomique et fonctionnel. A noter que trois points d'endométriose vérifiée histologiquement se sont greffés sur la cicatrice périnéale.

OBSERVATION n° 11. Madame de F...

Vient consulter en mai 1962 pour incontinence anale et irritation périnéale très importantes.

Ses antécédents sont les suivants : elle a subi en 1954 une intervention pour hémorroïdes, à la suite de laquelle s'est installée l'incontinence par fistule recto-vaginale. Une première intervention en 1954 aggrave encore la fistule. Une intervention de Babcock est menée en 1956, guérit

la fistule mais une incontinence persiste. Celle-ci n'est pas due à une déficience sphinctérienne car le sphincter est intact mais à une disparition de la muqueuse sensible du canal anal : la présence de matières liquides ou de gaz est ressentie trop tard par la malade.

Notre Maître le Professeur MUSSET, procède en juin 1962 à une réfection du canal anal, par invagination de la muqueuse de bas en haut ; la malade est revue fin 1962 et en 1969. Elle retient complètement les gaz et les matières, la muqueuse anale est complètement invaginée.

OBSERVATION n° 12. Madame B... 45 ans.

Est soignée depuis 1952 pour une recto-colite hémorragique.

En mai 1969, elle présente une infection secondaire de sa rectite, et de mai à juillet, souffre de vives douleurs rectales et vaginales rendant la défécation très douloureuse, la toilette vaginale et les rapports impossibles.

Au cours d'un examen en aout 1969, la fistulisation d'un abcès de la paroi recto-vaginale se produisit à la fois dans le vagin et le rectum. Cet abcès doublement fistulisé subit une périnéotomie qui procure un soulagement immédiat.

Il en résulta une incontinence anale très passagère et en septembre la malade retenait les gaz et les matières tandis que la périnéotomie était entièrement cicatrisée. Bien entendu le traitement de ces complications alla de pair avec un traitement énergique de la recto-colite.

Et actuellement, s'il n'est pas question en raison de l'état de la muqueuse de reconstituer le sphincter anal, l'adaptation fonctionnelle est telle que la malade ne subit plus de gêne.

OBSERVATION n° 13. Madame L... 26 ans.

Souffrit au cours de sa deuxième grossesse d'un très volumineux abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur gauche, qui fut incisé et drainé par voie périnéale en septembre 1967. Une suppuration chronique très pénible s'installa et un gros blindage de la paroi latérale gauche du vagin ayant été constaté l'accouchement fut pratiqué à Rambouillet par césarienne. Un an après, en mars 1968, la malade est opérée en raison de la persistance de la fistulisation et de signes fonctionnels intenses ; écoulements irritants , poussées inflammatoires, dyspareunie. La dissection de la poche conduisit même à ouvrir le cul de sac de douglas. Cependant, malgré une intervention importante et un large drainage, la malade n'est pas guérie et continue à souffrir. L'examen endoscopique du rectum montre l'absence de communication avec l'ampoule rectale et le diagnostic d'endométriose infectée fut évoquée : le 14 octobre 1968, la paroi latérale gauche du vagin où se trouvait un orifice fistulaire entouré de bourgeons charnus fut ouverte de bout en bout. L'incision conduisait dans une large poche du ligament large gauche, se prolongeant sur la paroi latérale du rectum. On fit alors l'excision dans l'espace pelvi-rectal supérieur de nombreux nodules d'endométriose et de blocs de scléro-lipomatose infectée. Après ablation de tous les tiers indurés, la paroi vaginale fut laissée largement ouverte ; la cicatrisation s'est faite assez rapidement et la malade est actuellement guérie.

L'examen des pièces d'excision a montré qu'il s'agissait d'une endométriose pelvienne sous-péritonéale infectée.

OBSERVATION n° 14. Madame K... 36 ans.

Est vue dans notre service pour une fistule anovaginale basse très infectée, à la suite d'une tentative infructueuse de réparation de fistule après abcès de la cloison rectovaginale.

Cette malade présentait de graves irritations péri-néales et une atteinte psychique telle qu'une aménorrhée s'était installée. Là encore, le débridement sur la ligne médiane fut suivi d'une telle récupération fonctionnelle qu'une opération complémentaire fut jugée superflue.

C O N C L U S I O N

C O N C L U S I O N

Les suppurations périnéales chez la femme relèvent d'étiologie variable.

Certaines sont bénignes et de traitement simple : hidrosadénites, abcès développés autour de fils non résorbables laissés en place lors d'interventions périnéales précédentes.

D'autres, fonctionnellement très gênantes, sont déjà beaucoup plus difficiles à traiter : bartholinites chroniques à poussées aiguës récidivantes, endométriose vagino-périnéale infectée .

D'autres, enfin, abcès de la cloison recto-vaginale et fistules recto-vaginales infectées peuvent être considérées comme réellement graves en raison de leur considérable retentissement fonctionnel et des difficultés de leur traitement opératoire.

Le principe de la mise à plat chirurgicale, jusques et surtout, au niveau du foyer et de l'orifice primaires, avec excision économique mais cependant complète des tissus de granulation et scléro-lipomateux ou infectés, représente un impératif absolument nécessaire à la guérison.

Le principe est à la base du procédé en deux temps imaginé et mis en oeuvre pour la première fois par notre maître le Professeur René MUSSET dans toutes les fistules recto-vaginales des deux tiers inférieurs du vagin.

VU et PERMIS D'IMPRIMER :

Le DOYEN de la Faculté
de MEDECINE de PARIS :

Le PRESIDENT de la THESE

Le RECTEUR de l'ACADEMIE
de PARIS :

B I B L I O G R A P H I E

B I B L I O G R A P H I E

- 1 - ADEODATO J. - Quelques remarques sur la pathogénie des fistules recto-vaginales.
- Gyn. et obst. (Déc. 1930) - p. 526-531.
- 2 - AKASU F. - Urinary tract fistulas and recto vaginal fistulas.
- Shujutsu (fév. 67) - 21- p. 159-170
- 3 - ALLEN J. T. - Superior pelvi-rectal abcess as a cause of extensive and obstinate fistula.
- Memphis Month (1904) -24- p. 528-530.
- 4 - ANDERSON R.E. and WITKOWSKI L.S.
- Post-partum fistula in ano : a complication of episiotomy.
- Surg. (1957) -4- p. 790-793.
- 5 - ARNOUS J. - Traitement ambulatoire des fistules anales extrasphinctériennes.
- Act. gast-ent. Belg. 1948 - p. 183-191.
- 6 - ARNOUS J. - PARNAUD E. et JOURDE L.
- L'exploration radiologique des trajets sup-purants péri-anaux.
- Sem. Hôp. de Paris (18 déc. 58) -34- p. 3097-3102.
- 7 - ARNOUS J.- PARNAUD E.
- Abscesses et fistules à l'anus. Leur traitement par les méthodes de petite chirurgie.
- Rev. Prat. (11 oct. 54) -26- p. 2379-2386.
- 8 - ARNOUS J. - PARNAUD E.
- La petite chirurgie des fistules anales.
- Masson Paris 1954.

- 9 - AZCARATE - Traitement des fistules recto-vaginales.
- Cirurgia y cirurjanos (janv. 1936).
- 10 - BABCOCK - Operative treatment of recto vaginal fistulas.
- South. Surg. (fév. 39) -8- p. 34-43.
- 11 - BARON H.W.A.
- Maladie de Crohn du rectum.
- Proc Roy Soc Med (avr. 68) -51- p. 247-248.
- 12 - BELL H.G. - Guérison spontanée d'une large fistule recto-vaginale.
- Am. J. Proct. (Av. 59) -10-2- p. 139-144.
- 13 - BELT R.J. - Repair of ano-recto-vaginal fistula utilising segmental advancement of the internal sphincter muscle.
- Dis. Col. Rect. (Av. 69) -12- p. 99-104.
- 14 - BENDER L. - Volumineux abcès du creux ischio-rectal ayant déterminé une nécrose étendue du rectum et du vagin et deux larges fistules, l'une recto-vaginale, l'autre recto-périnéale. Opération réparatrice. Guérison.
- Soc. Fr. de gyn. - 16/11/1936.
- 15 - BERGE Ten B.S. et SCHELLE N.
- Methode Pull-through dans le traitement des grosses fistules recto-vaginales.
- Arc. gyn. (1965) -202- p. 407-409.
- 16 - BLOCH C. et PECK H.M.
- Kyste du canal de Gortner avec formation d'abcès.
- J. Mount. Sinaï Hosp. (mai 63) -3- p. 279-281.
- 17 - BOCKUS H.L. et al.
- Life history of non-specific ulcerative colitis. Relation of prognosis to anatomical and clinical varieties.
- Gast. enter. (1956) - p. 549-581.

- 18 - BORSO A. - Sull trattamento delle fistule retto vaginale.
- Min. gin. Tor (30 sept. 57) -9-18- p. 785-787.
- 19 - BRET- LE LORIER- SENEZE.
- Sur un mécanisme inhabituel des déchirures compliquées du périnée : la rupture primitive de la cloison recto-vaginale.
- Bull de la Soc. Fr. gyn. obs. (1951) - p. 205-209.
- 20 - BRADFORD F.E.
- Sigmoido-vaginal fistula complicating sigmoidal diverticulitis. Report of 2 cases.
- Dis Col Rect. (fév. 65) - p. 44-46.
- 21 - BRANDER J.H. et al.
- Rupture of the vagina during spontaneous delivery.
- Obst. gyn. (juillet 1964) -24- p. 151-154.
- 22 - BROWN K.L. - SEGAL A.J. - HURD G.B.
- Un kyste rare de la paroi vaginale : kyste muqueux de la partie médiane de la paroi vaginale postérieure de type canal de Gartner compliqué d'abcès de la cloison recto-vaginale.
- Ann Surg (mars 57) 145-3- p. 423-427.
- 23 - BROWN K.L. - SEGAL A.J. - HURD G.B.
- Masses of the recto vaginal septum.
- Am. J. Surg. (1960) -99-3- p. 309-315.
- 24 - BURKITT R.T.
- Un cas rare de fistule anale due à une maladie de Crohn.
- Brit. J. Surg. (sept. 52) -40- n° 160 - p. 184-186.
- 25 - CALVET J.P. et SETBON L.
- Rectites et perirectites infiltratives.
- Ann. Chir. (1960) - p. 265-272.

- 26 - CASU C. - Recto-vaginal fistulas following abscesses of the recto vaginal septum.
- Rassegna d'ost e gin. (nov. 32) -41- p. 727-732.
- 27 - CHELEDEN J.
.- Endometriosis of the perineum. Report of 2 cases.
- Sout. Med. J. (déc. 68) -61- p. 1313-1314.
- 28 - COCKE W.M.- Surgery of hidradenitis suppurativa of the perineum.
- Plast. Rec. Surg. (fév. 67) -39- p. 178-181.
- 29 - COGAN J.E. et al.
- Complications rectales après périnéorraphies et épisiotomies.
- Arc. Surg. (Chicago) - (oct.66) -93- p. 634-637.
- 30 - COGNAT M. - Les tumeurs de la cloison recto-vaginale.
- Cah. Med. Lyon (juin 67) -43- p. 1537-1542.
- 31 - COHEN J. - Un procédé inédit de cure chirurgicale en deux temps des fistules recto-vaginales qui siègent sur les deux tiers inférieurs du vagin.
- Thèse Paris 1963.
- 32 - CORNES J.S. et STECHER M.
- Maladie de Crohn primitive du colon et du rectum.
- Gut. (sept 61) -2-3- p. 189-201.
- 33 - CRISMER R. - NAOME J. et al.
- Quatre observations de localisations ano-recto-sigmoïdiennes de la maladie de Crohn. Aspect endoscopique.
- Arc. Fr. Mal. App. Dig. (av. 68) - p. 856.

- 34 - CROHN B.B. - Rectal complications of inflammatory diseases of the small and large bowel.
- Dis. Col. Rect. (av. 60) -3- p. 99-102.
- 35 - CROHN B.B. - GINZBURG L. - OPPENHEIMER S.
- Regional ileitis. A pathologic and clinical entity.
- J.A.M.A. (1932) -99- p. 1323-1329.
- 36 - CURTIN J.W. et al.
- Radical surgery approach to chronic suppurative hidradenitis of the axillary inguinal perianal and genital areas.
- Bull. Soc. Int. Chir. (jan. 69) -28- p.58-64.
- 37 - DARNAUD C. et coll.
- Rectite granulomateuse sténosante.
- Bordeaux Med. (juin 1968) - n° 6) p. 1217.
- 38 - DEBAT M. - Les suppurations périnéo-fessières chroniques non spécifiques.
- Paris thèse 1963.
- 39 - DARNER H.L.- Operation for recto-vaginal fistula complicated by third degree tear.
- Surg. gyn. obst. (jan. 1927) -44- p. 105-112.
- 40 - DOMBAL de F.T. MCK WATTS J. et al.
- Incidence and management of anorectal abcess, fistula and fissure in patients with ulcerative colitis.
- Dis. Col. Rect. (mai 66) -9- p. 201-207.
- 41 - DUBOST M. - Lésions des voies génitales basses et du périnée consécutives à l'accouchement.
- Maternité (1958) - p. 333-350.
- 42 - DUHAMEL B. - Essai sur la physiopathologie du sphincter interne de l'anus.
- Mem. Ac. Chir. (24 avril 68) -94- p. 402-408.

- 43 - EDELMAN G. - Traitement chirurgical de la maladie de Crohn.
- Act. HGE Hotel Dieu (1969) -A- p. 95-103.
- 44 - EDWARDS F.C. and TRUELOVE S.C.
- The course and prognosis of ulcerative colitis : complications.
- Gut. (fev. 64) -5- p. 1-22.
- 45 - EISENHAMMER S.
- The anorectal and anovulval fistulous abcess.
- Surg. gyn. obst. (oct. 1961) -113- p. 519-520.
- 46 - ERB W.H. et al.
- Sigmoido-recto-vaginal fistula complicating diverticulitis.
- A.J. Proct. (av. 64) -15- p. 133-137.
- 47 - ERNST
- Traitement chirurgical des déchirures obstétricales anciennes du troisième degré selon le procédé de Musset.
- Bull Fed Soc gyn. obst. (1959) -10-
- 48 - FAHMY K.
- Reconstruction of deficient anal sphincter in cases of old complete perineal tear.
- A.J.O.G. (mai 66) -95- p. 134-136.
- 49 - FAROUZ
- Traitement chirurgical des fistules recto-vaginales d'origine traumatique par l'abaissement de la paroi antérieure du rectum ; procédé du "rideau".
- Thèse Lyon - 1954.
- 50 - FERRAND J. et FORTESA.
- Cure des grandes "brèches" recto-vaginales avec abaissement du rectum par voie abdomino vaginale.
- Af. Fr. Chi. (1957) - n°3- p. 337-338.

- 51 - FIGARELLA J. et BOUILLON M.
- Les fistules recto-vaginales acquises non obstétricales.
 - R. Fr. gyn. obst. (oct. 1939) -34- p. 614-622.
- 52 - FRY G.A. et al.
- Actinomycose primaire du rectum avec multiples fistules périanales et périnéales.
 - Mayo Cli. Proc. (av. 1965) -40- p. 296-299.
- 53 - FRYKMAN H.M.
- Sigmoido-perineal fistula from diverticulitis of the sigmoid colon.
 - Minn. Med. (1956) -39- p. 513-516.
- 54 - FUZY P.J.
- Surgical management of ano-rectal complications of chronic ulcerative colitis.
 - South Med. J. (1961) -54- p. 785-787.
- 55 - GALLAGHER D.M. - SCARBOROUGH
- Repair of low recto-vaginal fistula.
 - Dis. Col. Rect. (mai 62) -5- p. 193-195.
- 56 - GALLART - MONES F.
- Anatomia pathologica de la colitis ulcerosa grave.
 - Gast. Ent. (1956) -86- p. 632-650.
- 57 - GARNIER H. - ROY-CAMILLE R. et CORDIER G.
- A propos du traitement des fistules recto-vaginales.
 - Presse Médicale (juin 58) -66- n° 49 -p. 1119.
- 58 - GEFFROY Y. et coll.
- La maladie de Crohn du colon, et de la région anale ou proctocolite de Crohn.
 - Gaz. Med. France (oct. 68) -75- n° 25- p. 4769-4784.

- 59 - GENTILE J.M. - Traitement des déchirures périnéales et des fistules recto-vaginales.
- Pr. Med. Argent. (juin 67) -54- n° 18 - p. 836-841.
- 60 - GRAY B.K. et coll.
- Crohn ' s disease of the anal region.
- Gut (sept. 65) -6- p. 515-524.
- 61 - GUILLET E. - DECHEN J.
- Le traitement des grandes fistules recto-vaginales par abaissement trans-anal du rectum ; technique à deux équipes.
- Ouest Med. (oct. 1961) -14- p. 763.
- 62 - GUMRICH H. - Rectum injuries caused by thermometer.
- Med. Welt. (janv. 68) -2- p. 140-141.
- 63 - HAIMOVIVI - HERNES.
- Les fistules anales tuberculeuses. Contribution au problème du traitement non-opératoire.
- Sem. Hôp. de Paris (mars 1959) - n° 12- p. 952-955.
- 64 - HAMMOUDA A.A.- Fistule recto-vaginale après épisiotomie
- A.J.O.G. (juil. 62) -84- n°1 - p. 268-269.
- 65 - HAWKINS W.J. and JACKMANN J.R.
- Developmental cysts as a source of perianal abscesses, sinuses and fistulas.
- A.J. Surg. (1953) -86- p. 678-683.
- 66 - HERMANN G. et DESFOSSÉS L.
- Sur la muqueuse de la région cloacale du rectum.
- Compte-rendus de l'Académie des Sciences. (1880) -90- p. 1301-1302.

- 67 - HIGHTOWER N.C. - BRODERS A.C. et al.
- Ulcerative colitis complications.
- AM. J. Dig. Dis (1958) -3- p. 871-876.
- 68 - HILL J.
- Ulcération du rectum et de la partie terminale du colon.
- Arc. Surg. (1957) -75- p. 1029-1035.
- 69 - HILL J.
- Infections and sinuses other than fistulas in the perianal region.
- Am. J. Surg. (1959) -88- p. 829-834.
- 70 - INGELMAN SUNBERG.
- Transplantation des releveurs dans la réparation du périnée et la cure de fistules recto-vaginales.
- Acta chirurgica scandinavia (1948) -4- p. 313-316.
- 71 - JACKMAN R.J. and MAC QUARRIE A.B.
- Hidradenitis suppurativa. Its confusion with pilonidal disease and anal fistula.
- A.J. surg. (1949) - n° 77 - p. 349-351.
- 72 - JACKMAN R.J.- Management of anorectal complications of chronic ulcerative colitis.
- Arc. Int. Med. (1954) -94- p. 420.
- 73 - JACKMAN R.J. et SMITH . N.D.
- Some manifestations of regional ileitis observed sigmoidoscopically.
- Surg. gyn. obst. (1943) - 76 - p. 444-445.
- 74 - JACKMAN R.J. - CULP C.E. - HUNT.
- Anterior extra rectal masses in the female
- Surg. gyn. obst. (1963) - 116- p. 741-744.
- 75 - JALAN K.N. et coll.
- Perineal Wound healing in ulcerative colitis
- Brit J. Surg. (oct. 69) -56- p. 749-753.

- 76 - KORTING G.W. - Symptomatologie périanale de la maladie de Crohn.
- Hautarzt (1968) -19- n° 12 - p. 553-556.
- 77 - KOTSO-NATHANIELS E.
- A propos des fistules recto-vaginales.
- Med. Af. Noire (mars 1962) -9- p. 84-87.
- 78 - KYLE J. - COLE T.P. et EWEN S.W.R.
- La maladie de Crohn du rectum.
- Pr. Med. Argent. (mai 69) -56- p. 470-473.
- 79 - LARGUILLON - Les fistules recto-vaginales et leur traitement.
- Thèse Paris 1952.
- 80 - LE BOURTHE F. et al.
- Huit cas de fistules recto-vaginales d'origine lymphogranulomateuse traitées selon la technique de Musset et Cottrell.
- Mem. Ac. de Chir. (1963) -89- p. 823-826
- 81 - LE BOURTHE F. et al.
- A propos du traitement médico-chirurgical des fistules recto-vaginales d'origine lymphogranulomateuse. Sur huit cas observés au Cameroun.
- Med. Trop. (marseille) - (juillet-août 63). n° 23 - p. 527-537.
- 82 - LESCHER T.C. et PRATT J.R.
- Réparation vaginale de la fistule recto-vaginale simple.
- Surg. gyn. obst. (juin 1967) -124- n° 6. p. 1317-1321.
- 83 - LEVY J.
- Procédé de réparation des fistules recto-vaginales faites au cours de l'accouchement.
- Gyn. obst. (1947) -46-2- p. 228-231.

84 - LOCKHART-MUMMERY H.E.

- Pathologic lesions of the anal region associated in Crohn' s disease.
- Dis. Col. Rect. (nov. 65) -8- p. 399-401.

85 - LOGAN A.H. - Causes of recto vaginal fistulas.

- Proc. Staff Meet Mayo Clinic (juin 33) -8- p. 352-353.

86 - LOYGUE J. - DUBOIS F.

- Etat actuel du traitement chirurgical de l'incontinence anale.
- Arc. Mal. App. Dig. (juillet 62) -51- p.65-83

87 - MACHADO L.M.

- Fistule recto-vaginale consécutive à la fièvre typhoïde.
- Rev. gyn. obst. (Rio de Janeiro) - (janvier 1936) -30- p. 28-36.

88 - MAES J. - VANTRAPPEN G. et coll.

- Lésions rectales de la maladie de Crohn.
- Acta gast. Ent. Belg. (mars 61) -24- p. 208-221.

89 - MANNHEIM S.D.

- Les complications recto-anales de l'iléite régionale.
- J. Mount. Sinaï hosp. (sept 55) -22- n° 3. p. 184-186.

90 - MARGANOFF H. et al.

- Fistulas complicating perineal surgical procedures.
- Dis. Col. Rect. (sept. 61) -4- p. 358-362.

91 - MELERO-CALLEJA E. et al.

- Complications rectales de la rectocolite ulcéreuse.
- Arc. Mal. App. Dig. (1964) -53-2- p. 79-80.

92 - MILLEY P.S. et al.

- A correlative investigation of the human recto-vaginal septum.
- Anat. Rec. (mai 69) -163- p. 443-451.

93 - MORSON B.C.- Actinomycose primaire du rectum.

- Proc. Roy Soc Med. (1961) -54- p. 723-724.

94 - MORSON B.C.- Les formes anorectales de la maladie de Crohn.

- Soc. Nat. Fr. de gast. Ent. du 7 fev. 1967.

95 - MORSON B.C. et LOCKHART-MUMMERY H.E.

- Anal lesions in crohn' s disease.
- Lancet (Dec. 59) -2- p. 1122-1123.

96 - MUSSET R. - COTTRELL

- Quelques considérations sur les déchirures obstétricales anciennes complètes compliquées du périnée, à propos de vingt-neuf cas traités chirurgicalement.
- Bull. Féd. Soc. gyn. Obst. (1955) -7- p. 266-273.

97 - MUSSET R. - COTTRELL- DUBOST.

- Les déchirures obstétricales compliquées du périnée. Traitement chirurgical.
- Monographie. Masson Ed. (1958).

98 - MUSSET R. - COTTRELL- COHEN J.

- Un procédé inédit de cure chirurgicale en deux temps des fistules recto-vaginales d'origine traumatique qui siègent sur les 2/3 inférieurs du vagin.
- Gyn. Obst. (mai 1962) -61- p. 241-248.

99 - MUSSET R. - COTTRELL M. - COHEN J.

- Un procédé nouveau de cure chirurgicale en deux temps des fistules recto-vaginales non cancéreuses qui siègent sur les 2/3 inférieurs du vagin.
- Mémoires Ac. Chirurgie, Tome 89 - n° 13.

p. 386-393 - (Rapport de M.G. Edelman).

100 - PARTURIER-ALBOT (Mme), ALBOT G. et CRESPON B.

- Maladie de Crohn à début anorectal et flambées évolutives dues à des manipulations locales.
- Arch. Franç. Mal. App. dig. (juin 1969) -58- n° 6 - p. 380.

101 - PEYCELON R. et GUILLEMIN G.

- Sur le traitement chirurgical des fistules recto-vaginales.
- Lyon Chir. août-sept. 1955 -50- , n°6 -p.704-709.

102 - POPESCO-URLUENI M. et SAPTEFRATI V.

- L'entérite régionale et les lésions rectales faisant partie du même processus anatomo-pathologique.
- Arch. Mal. App. dig. juil.-août 1964 - n° 7-8 p. 831-837.

103 - PUPPEL E.

- Observation sur la production et le traitement des fistules vésico-vaginales et recto-vaginales.
- Zentralblatt f gynaek (juin 1941) -65- p. 1139-1141.

104 - RAIMONDI D.

- Fistules recto-vaginales et déchirures du périnée. Etiopathogénie.
- Prensa méd. argent. (30 juin 1967) - 54- n° 18 p. 832-835.

105 - ROOL H.

- Les sphinctérotomies anales dans le traitement des fissures et fistules.
- Masson - Paris 1968.

- 106 - RUDELLE M. - GONTIER F. et SMADJA A. -
- Localisation ano-rectale isolée de la maladie
granulomateuse intestinale ou maladie de
Crohn.
- Mém. Acad. Chir. 30 oct. 1968 -94- n° 23-24.
p. 683-687.
- 107 - SCHARF V. - Anorectal prodromes as manifestations of
Crohn' s ileocolitis.
- Ohio. Med. J. (mai 69) -14- p; 157-160.
- 108 - SCHENCK S.B.
- Lymphogranuloma inguinale with labio-rectal
fistula.
- M. Times and Long. Island Med. J. (juin 36)
64- p. 183.
- 109 - SLOAN W.P. et al.
- Local complications of chronic ulcerative
colitis based on the study of 2000 cases.
- Proc. Staff meet mayo Clinic (1950) -25-p.240
- 110 - SMITH .N.D.- Pyoderma simulating extensive anal fistula
- Tr. Am. Proc. Soc. (1938) -39- p. 163-177.
- 111 - STEINER P. et al.
- Surgical treatment of recurrent recto-
vaginal and sigmoïdo vaginal fistulas.
- Rozhl. Chir. (Av 68) - 47- p; 217-224.
- 112 - STEPHENS F.D.
- The female anus, perineum and vestibule ;
embryogenesis and deformities.
- Austr. New Zeal Journ. Obst. Gynec. (mai 68).
F - p. 55-73.
- 113 - TANCER M.L. et al.
- Diagnosis of sigmoïdo vaginal fistula by
vaginogram. Report of two cases.
- Obst. gyn. (dec. 66) -28- p. 815-819.

- †114 - TELINDE - Operature gynecology - 3ème Ed.
 - J.B. Lippincott Philadelphia (1953) -p. 254-258.
- 115 - TIMCHENKO K.G.
 - Single stage closure of vesico vaginal and rectal fistula of gunshot origin with remote results in six years.
 - Khirurgia (Moscou) - (déc. 58) -34- n° 12 - p. 69-74.
- 116 - UHLENHUTHE et coll.
 - The recto-vaginal septum.
 - S.G.O. (1948) -86- p. 148-163.
- 117 - VOGEL F.
 - Affection granulomateuse du rectum, non spécifique consécutive à une iléite régionale.
 - Am. J. Gast. Ent. - (av. 1956) -25- n° 4. p. 380-386.
- 118 - VAN PATTER W.N. et coll.
 - Entérite régionale.
 - Gast. Ent. (mars 1954) -26- p. 347-350.
- 119 - WOLFSONN J. - Vaginiography for demonstration of uretero vaginal, vesico-vaginal and recto vaginal fistulas, with case reports.
 - Radiology (sept. 64) -83- p. 438-441.
- 120 - X...
 - Cure chirurgicale des fistules recto-vaginales basses anciennes.
 - Presse Med. (9 fév. 1963) -71- n°7. p. 352.

